

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 27

CANCER LATENT DES COLONS

(DEUX OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Décembre 1920

PAR

AMBLARD (Léon)

Né à Thiers (Puy-de-Dôme), le 10 juin 1888

Décoré de la Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président*.

MASSABUAU, professeur.

ETIENNE, agrégé.

LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14 Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

CANCER LATENT DES COLONS

(DEUX OBSERVATIONS)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 27

CANCER LATENT DES COLONS

(DEUX OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Décembre 1920

PAR

AMBLARD (Léon)

Né à Thiers (Puy-de-Dôme), le 10 juin 1888

Décoré de la Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	FORGUE, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
	MASSABUAU, professeur.		
	ETIENNE, agrégé.		
	LAPEYRE, agrégé.		

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. DERRIEN (✱).....	DOYEN.
FORGUE (O. ✱).....	ASSESEUR.
N...	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱✱)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱).
Microbiologie.....	LISBONNE.
Clinique médicale.....	VEDEL.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET.
Pathologie interne.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des mal. des voies urinaires.....	JEANBRAU (O. ✱✱), a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱✱, a.l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	ETIENNE, agrégé (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. des vieillards...	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱ ✱) (D ^r) (ch. de c.).
Clinique ann. des mal. syph. et cutanées.	N...
Matière médicale.....	N...

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✱).	P. DELMAS.	MESTREZAT.
LEENHARDT.	EUZIERE.	MARGAROT.
GAUSSEL (✱✱).	J. DELMAS (✱).	LAPEYRE.
RICHE (✱).	RIMBAUD (✱).	STROHL.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, prof., président; MASSABUAU, prof.; ETIENNE, agrégé ;
LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. AMBLARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

L. AMBLARD.

AVANT-PROPOS

Rééditant ainsi le geste classique du voyageur qui au faite de la colline ardue se retourne pour contempler le chemin parcouru, il est d'usage pour l'étudiant qui va dire adieu à cette vie intense, joyeuse, féconde, de réserver la première page de la thèse au souvenir de ses années d'études.

La tradition veut aussi que cette page soit consacrée à exprimer des remerciements aux Maîtres qui lui ont prodigué leur expérience. Nous sommes trop heureux de le pouvoir faire ; nous offrons donc ici l'expression de notre reconnaissance à tous nos Maîtres et en particulier :

A M. le docteur Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, qui sut développer chez nous le goût des études médicales.

A M. le docteur Buy, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, qui nous inculqua les premières notions d'anatomie.

Entre temps nos études furent interrompues par la guerre ; et pendant de longues années nous avons été retenu éloigné des hôpitaux et de la Faculté.

En 1919 nous arrivions à Montpellier où nous trouvions le plus bienveillant accueil auprès des Maîtres distingués de cette vieille Ecole. A tous nous adressons l'expression de notre gratitude.

Notre reconnaissance va tout particulièrement à M. le professeur Forgue dont nous avons suivi avec tant de profit les cliniques de l'hôpital Suburbain. Il nous inspira le sujet de notre thèse et nous fait le grand honneur aujourd'hui d'en accepter la présidence.

Que notre camarade Roux, interne des hôpitaux, trouve ici l'assurance de notre amitié et l'expression de nos remerciements ; il voulut bien nous guider dans ce travail et nous aider de ses conseils.

CANCER LATENT DES COLONS

(DEUX OBSERVATIONS)

INTRODUCTION

De la riche sémiologie qu'offre le cancer des côlons s'est dégagé ces dernières années un certain nombre de formes cliniques, de types principaux plus fréquemment observés. Le cancer du gros intestin comme celui de l'estomac offre une variété très grande de symptômes empruntés aux troubles apportés dans son fonctionnement ou consécutifs aux désordres anatomiques qu'il provoque. Ces symptômes ne se présentent pas au complet dans tous les cas et de nombreux auteurs se sont attachés à décrire les tableaux cliniques que l'on observe le plus fréquemment. Chaque classification nouvelle dégageait un ou plusieurs types de plus et on arrivait ainsi à décrire 7 ou 8 formes cliniques du cancer des côlons. Parmi elles peu de place est réservée en général aux cancers latents de l'intestin, et de Bovis, dans sa statistique de la *Revue de chirurgie*, en 1900, leur attribue une proportion de 2,9 p. 100. C'est dire que ces formes sont rares mais elles ne doivent pas être négligées parce

qu'elles mettent le diagnostic aux prises avec les plus grandes difficultés.

Et d'abord, qu'entendons-nous par cancers latents de l'intestin ? La latence de ces affections n'est pas absolue, un néoplasme qui ne se manifeste par aucune modification physique ou fonctionnelle de l'organisme n'existe pas ou du moins la question de son diagnostic ne se pose pas en clinique. Les cancers latents se manifestent par des symptômes, mais des symptômes ne traduisant en aucune façon leur localisation. Il semble, en effet, qu'un néoplasme se développant dans la paroi peu épaisse d'un organe creux comme l'intestin, doive retentir très vite sur sa fonction ou se manifester par des signes d'atteinte structurale dont les plus fréquents sont la sténose et l'hémorragie. Il n'en est rien et il existe des cas, qu'il convient de bien connaître, où la tumeur prend des proportions considérables, envahit une partie de l'abdomen et où l'intégrité de l'organe est absolue. On pense combien en clinique, en présence d'une grosse tumeur abdominale, le diagnostic peut hésiter, car on conçoit difficilement un cancer de l'intestin si volumineux respectant la lumière intestinale autour de laquelle il se développe.

Donc nous entendons par cancers latents, des côlons principalement, ceux qui évoluent sans symptômes intestinaux.

Ces cas existent et il importe de les bien connaître. Nous avons eu l'occasion d'observer, au cours de notre stage dans le service de M. le professeur Forgue, deux cas de ce genre de cancers latents des côlons, et nous devons à l'obligeance de notre Maître de pouvoir publier ici ces deux observations inédites.

Dans l'une, la tumeur abdominale était de volume

considérable, avait donné lieu à un phlegmon ouvert à la peau. Dans l'autre, la tumeur, premier et seul symptôme, avait acquis un volume moindre mais cependant important. Dans les deux cas, qui étaient arrivés à une période avancée de leur évolution, aucun symptôme de localisation n'existait et l'état général était relativement bien conservé.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici la revue générale de ces cancers latents. Notre étude sera beaucoup plus clinique. Après un essai de pathogénie nous étudierons dans chacune de nos observations les éléments de diagnostic que fournissaient nos deux malades. Nous en apprécierons leur valeur et nous parcourrons les étapes par lesquelles est passé le diagnostic en discutant les hypothèses les plus vraisemblables. Nous pensons ainsi, en individualisant un type clinique qui a été peu décrit, contribuer à l'étude des formes anormales du cancer des côlons, affection à l'ordre du jour de ces dernières années.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Le 26 mai 1920, B. H..., 60 ans, cultivateur, entre dans le service du professeur Forgue, salle Delpech, n° 23, pour tumeur de la fosse iliaque droite.

Le malade fait remonter le début de son affection au mois d'août 1919. Il aurait ressenti des douleurs dans la fosse iliaque et la région inguinale droites avec irradiations dans le scrotum et la cuisse droite. Ces douleurs n'étaient pas continues mais se montraient après son travail et à la moindre fatigue.

Au début de septembre, œdème du pied droit. Repos au lit. Disparition en deux jours. Reprend son travail.

Le 9 octobre apparaît un œdème non douloureux de tout le membre inférieur droit. On pense à une phlébite et on immobilise le membre dans une gouttière pendant cinquante jours. On s'aperçoit alors de la présence d'une tuméfaction non douloureuse et dure dans la fosse iliaque droite. Cependant, l'œdème du membre inférieur

ayant un peu diminué, le malade se lève sans toutefois pouvoir reprendre ses occupations pendant un mois.

Vers la fin décembre, la tuméfaction augmente rapidement de volume, la température apparaît, la peau se tend à son niveau, rougit même un peu, la masse devient fluctuante et le siège de douleurs vives. Une incision est pratiquée au point le plus fluctuant. Elle donne issue à une grande quantité de pus très fétide. Cette plaie, s'étant en partie fistulisée, donne encore issue à un écoulement purulent continu. Depuis l'incision, les douleurs ont cessé, l'œdème du membre inférieur a diminué mais persiste au niveau du pied.

Le malade n'a jamais présenté d'accidents d'occlusion, ni d'obstruction intestinale. Jamais de sang dans les selles. Jamais de méléna. Pas de vomissements. Pas d'hématémèse. Pas d'ictère. Nous ne relevons pas de trace de syndrome de Kœnig. Amaigrissement de 15 kilos en un an. A toujours bien uriné. Jamais d'hématurie. Rien dans les antécédents. Une fille bien portante.

Il se présente à l'examen du professeur Forge en mai 1920. Le malade est amaigri. Le teint un peu anémié. Il nous raconte son histoire et, interrogé sur le fonctionnement de ses appareils, il ne nous révèle rien de particulier; il mange bien, n'a pas de dégoût électif; va régulièrement à la selle. Il marche cependant difficilement, la cuisse fléchie, et présente un certain degré de psoriasis.

Il porte au niveau de la fosse iliaque droite une large fistule à l'extrémité interne d'une cicatrice d'incision parallèle à l'arcade crurale et à 2 cm. au-dessus environ. Cette fistule donne issue à du pus verdâtre qui nécessite un pansement tous les jours. Les bords sont décollés, rouges, occupés par des bourgeons. Le fond est occupé par un tissu mucilagineux, transparent, rappé-

lant un peu une agglomération de vésicules de kyste hydatique. A la pression on fait sourdre du pus. Jamais il ne s'est écoulé de matière de cet orifice.

La fosse iliaque droite est occupée toute entière par une tumeur dure faisant bloc avec la peau au niveau de la cicatrice et de la fistule, et adhérente aux plans profonds. Cette tumeur, soulevant les téguments de la fosse iliaque droite et du flanc droit, remonte en haut jusqu'à l'horizontale ombilicale, en bas elle fait corps avec l'arcade crurale qu'elle paraît soulever pour aller empâter la partie supérieure de la région crurale. Ses bords ne sont pas nets mais paraissent infiltrés. En dehors elle atteint la paroi du flanc droit, en dedans elle présente deux prolongements dont l'un est dirigé vers l'ombilic, l'autre occupe la région hypogastrique. Ces prolongements font partie de la tumeur et sont fixés comme elle aux plans profonds.

Sur la tumeur, la peau est mobile sauf au niveau de la cicatrice et de la fistule. La consistance de la masse est dure. Pas de fluctuation. Elle est mate sur toute son étendue.

Le foie est normal. Pas d'ascite. Pas de circulation complémentaire.

Cœur, poumons : Rien à signaler.

Œdème du pied droit.

Toucher rectal. — Pas d'ulcération de la muqueuse, ni de tumeur rectale. Mais le rectum est fortement dévié en arrière par la masse qui le comprime contre le sacrum à 6 ou 7 cm. de l'an us et comble littéralement le Douglas. Cette masse explorée par le rectum offre les mêmes caractères de dureté et de fixité qu'à l'exploration abdominale. Elle paraît s'étendre jusqu'au bord gauche du petit

bassin, c'est-à-dire jusqu'à la ligne innominée gauche, et coiffer le détroit supérieur.

Examen du pus de la fistule iliaque. — Staphylocoque.

Biopsie. — La peau est légèrement incisée, après l'anesthésie locale, au niveau de l'angle externe de la fistule, et des fragments d'un tissu mucilagineux et tremblotant sont prélevés pour examen.

Examen microscopique (Laboratoire du professeur Grynfeldt). — Le fragment prélevé présente des cavités irrégulières dont certaines sont disposées en tubes et tapissées par un épithélium cylindrique. A l'intérieur de ces cavités incomplètes et en dehors d'elles on trouve des cellules colloïdes très déformées, à protoplasma gonflé et noyau refoulé à la périphérie.

Le malade sort du service, le 28 juin 1920, sans intervention.

OBSERVATION II

(Inédite. — Service de M. le professeur Forgue. Suppléance de M. le professeur agrégé Riche)

Le 2 septembre 1920, entre salle Delpech, n° 28, dans le service du professeur Forgue, B. H..., chaudronnier, 58 ans, pour tumeur de la région hypogastrique.

Le début remonte au mois de mars 1920 par des douleurs occupant la région hypogastrique et s'irradiant dans les régions inguinales (présence d'une hernie inguinale bilatérale). Les douleurs se montraient à la moindre fatigue, surtout le soir, et étaient calmées par le repos.

En mai, apparaissent des phénomènes de cystite assez

intenses. Le malade souffre au moment de la miction, surtout à la fin d'une douleur localisée à l'extrémité du gland. Ces symptômes s'accroissent et, en avril, apparaît une pollakiurie diurne et nocturne (urine parfois toutes les cinq minutes). Les urines sont troubles à l'émission. Elles déposent dans le vase et contiennent quelques filaments en suspension. Le malade n'a jamais présenté d'hématurie.

En août, il s'aperçoit de la présence d'une tuméfaction dure occupant la région hypogastrique. Mais les symptômes de cystite se sont très amendés, il n'urine plus que deux fois la nuit. N'éprouve pas de douleur, mais une simple gêne à la miction.

L'appétit est assez régulier. Digestions normales. Selles régulières, deux par jour. Rien dans les fèces, jamais de méléna.

Il n'a jamais toussé et ne présente rien à signaler dans les antécédents.

Examen (le 2 septembre 1920). — C'est un homme amaigri (54 kgs au lieu de 61, poids habituel). On constate une tumeur de la région hypogastrique sensiblement médiane, remontant par son pôle supérieur à l'ombilic, atteignant de chaque côté le bord externe des droits et descendant jusqu'au pubis. Cette tumeur est de consistance dure, à bords et à surface irréguliers, infiltrée, peu mobile dans le sens transversal, fixe dans le sens vertical. La peau est libre sur elle mais elle paraît fixée aux plans profonds. Elle est mate sur toute son étendue, pas de fluctuation.

Les régions inguinales sont le siège de hernie oblique externe bilatérale et de ganglions assez gros et mobiles.

Le foie est normal. En dehors de la tumeur l'abdomen

est sonore. Pas d'ascite, ni de circulation complémentaire.

Au niveau du testicule droit, légère hydrocèle avec tuméfaction peu accusée de la tête de l'épididyme.

Toucher rectal négatif.

Examen cystoscopique (service du professeur Jeanbrau) (Résumé). — Vessie sensible à la distension. Sale dans sa totalité avec incrustations au sommet. Méats entr'ouverts laissant passer des éjaculations normales, franches et claires. Saillie vésicale en haut et en avant. A son niveau, la muqueuse est normale. La paroi paraît être repoussée dans la cavité vésicale.

Cathétérisme des uretères normal.

Rien à l'analyse des urines séparées.

Intervention (le 11 septembre 1920). — Malade très affaibli, dyspnéique (auscultation négative). Pouls petit, bat à 96. Sous rachianesthésie à la syncaïne (0 gr. 14) parfaite, incision médiane sus et sous-ombilicale. On découvre une masse très friable occupant la cavité abdominale sous-ombilicale, infiltrant la paroi dans son tiers inférieur, ayant envahi la moitié inférieure du grand épiploon, intéressant la vessie et fixant les anses grêles et le côlon ascendant en un bloc mollassé qu'il est impossible de dissocier. Le cæcum paraît cependant normal ainsi que l'appendice. Une adénopathie assez volumineuse est perçue le long des vaisseaux iliaques.

En présence de ces lésions la paroi abdominale est refermée.

Décès par shock le lendemain.

Autopsie. — On découvre une tumeur du côlon ascendant à mi-distance du cæcum et de l'angle droit. Cet angle est fortement ptosé par la masse néoplasique qui fixe le côlon ascendant à la paroi abdominale antérieure

au niveau de la région hypogastrique. La gaine des droits est largement envahie et des adhérences secondaires fixent des anses grêles, la vessie et la paroi à l'ensemble du néoplasme. Grosse infiltration des mésos. Adénopathie volumineuse. Rien au foie.

Analyse des deux observations. — Essai de pathogénie

Les deux faits cliniques que nous rapportons répondent, semble-t-il, à deux formes différentes du cancer des côlons. L'une est la forme inflammatoire ou suppurante, dans l'autre la tumeur est le seul symptôme. Mais le fait frappant dans les deux cas est bien la latence de ces néoplasies intestinales. Nous avons été frappé en effet, à l'étude de ces deux observations, de l'absence de symptômes intestinaux dans deux cas où le développement de la tumeur prend les énormes proportions que nous avons décrites. Dans les observations publiées en effet sous la rubrique de cancer latent de l'intestin qui se manifeste seulement par un syndrome d'anémie pernicieuse progressive en apparence primitive ou par une cachexie rapide, les néoplasies causales étaient des tumeurs de petit volume placées sur le côlon ascendant ou sur le côlon pelvien principalement. Mais dans nos deux cas le développement a été considérable, occupant une grande partie de l'abdomen, causant des troubles anatomiques ou fonctionnels à distance, mais respectant suffisamment dans leur évolution la lumière intestinale pour n'en point modifier la fonction.

Notre première observation se rattache donc à la forme clinique assez rare de phlegmon symptomatique

du cancer de l'intestin. Bien qu'aucune vérification n'ait été faite, il paraît probable qu'il s'agit dans ce cas de néoplasme du cæcum ou du côlon ascendant. Avec l'S iliaque, c'est en effet une des localisations du cancer de l'intestin qui donne le plus souvent des complications inflammatoires et ces collections purulentes évoluent naturellement vers la fosse iliaque correspondante. Ces abcès ne sont presque jamais stercoraux d'emblée. Ils s'ouvrent à l'extérieur, donnent issue à une quantité plus ou moins grande de pus fétide, pus à colibacille en général, et ce n'est que secondairement qu'ils s'ouvrent dans l'intestin, cette nouvelle complication étant marquée par l'issue de gaz et de matières. Ils ne sont pas dus par conséquent à une perforation intestinale au niveau ou à proximité du néoplasme.

Les études anatomo-pathologiques de Leclerc, Coste, Okinczyk sur la région de l'intestin sus-jacente aux néoplasmes intestinaux ont montré en effet que le segment de muqueuse sus-jacent est le siège d'ulcérations plus ou moins étendues et qu'à son niveau la muqueuse peut être plus altérée que dans la région même intéressée par la tumeur. Ces ulcérations sont le point de départ d'infection qui, suivant les voies lymphatiques, va former une collection purulente dans les ganglions.

En somme, ces abcès ont pour origine des adénites pures ou mixtes cancéro-infectieuses. Cette conception explique la rétrocession fréquente des phénomènes inflammatoires après l'évacuation de ces collections purulentes et ces faits sont à rapprocher de ce qu'on observe dans le cancer du rectum ; après dérivation des matières par un anus artificiel on assiste souvent à une diminution considérable de l'infiltration, à tel point que les conditions opératoires en sont singulièrement modifiées.

Certaines observations signalent à l'origine de ces abcès un traumatisme, un coup, une chute et y voient une cause occasionnelle de la formation de ces collections. Nous n'avons rien noté de semblable dans notre observation et nous trouvons suffisante la théorie pathogénique de l'adénopathie inflammatoire, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer un traumatisme. Bien mieux, dans notre cas il semble que la formation de l'abcès corresponde à une période d'immobilisation du malade au lit, condition qui doit faire rejeter tout facteur de fatigue et de surmenage.

Dans le cas présent il est vraisemblable que l'adénopathie devait avoir pour siège le mésocôlon et que l'infection a progressé au voisinage du néoplasme vers la paroi abdominale antérieure. Il est des cas cependant où ces abcès vont s'ouvrir à distance, témoin une observation de Reverdin où un abcès parti de l'S iliaque siégeait au niveau du cæcum.

Pouvons-nous aller plus loin et présumer de l'évolution de cet abcès de la fosse iliaque? En général ces abcès fistulisés symptomatiques d'un néoplasme intestinal peuvent évoluer suivant trois modes :

a) Certains se tarissent et la fistule se cicatrise. Cette évolution est rare et ne répond pas à notre cas, car la fistule donne issue à du pus depuis cinq mois et n'a pas de tendance à la cicatrisation.

b) Dans d'autres, les lèvres de la fistule sont le siège de bourgeons néoplasiques et la tumeur envahit la paroi. Au cours de cette évolution l'apparition de matières et de gaz peut venir signaler une communication secondaire avec l'intestin. C'est vraisemblablement à cette destinée qu'est voué le malade qui fait l'objet de notre première observation.

c) Enfin, dans d'autres cas, l'abcès une fois évacué se ferme. Les symptômes inflammatoires paraissent s'amender, mais après quelque temps d'accalmie les mêmes phénomènes réapparaissent. Il peut ainsi se former des abcès à répétition, on en a cité six à un mois d'intervalle dans une observation.

Si notre première observation rapporte une forme clinique peu fréquente du cancer de l'intestin, la seconde représente un cas très rare dans lequel la tumeur fut le premier symptôme. Il s'agit en effet d'un cancer du côlon ascendant ayant évolué d'une façon torpide, ayant infiltré la paroi abdominale antérieure, les anses grêles et la vessie, ayant acquis un volume considérable sans provoquer de troubles intestinaux. Dans ce cas donc, pas d'abcès, mais l'envahissement secondaire d'organes voisins qui égara un moment le diagnostic. Nous avons retrouvé un seul cas se rapprochant du nôtre : il a été apporté par Lenormant à la Société anatomique en 1910. Il s'agissait d'une tumeur de la région de l'angle droit du côlon adhérent seulement au grand épiploon, et libre et mobile par ailleurs. La masse principale est surtout para-intestinale, située au niveau du bord mésentérique, et est creusée d'une sorte de caverne communiquant avec la lumière intestinale. Ce cas mérite d'être rapproché du nôtre, car nous nous demandons s'ils ne relèvent pas tous les deux de la même pathogénie.

Il est vraisemblable que dans ces cancers latents avec conservation de la fonction intestinale la lumière de l'intestin est relativement respectée, et qu'ils ne réalisent pas ces formes cliniques annulaires ou nodulaires dont la conséquence anatomique fatale est la sténose intestinale.

Lenormant pense qu'à côté de ces deux formes il y a

lieu de décrire une *forme cavitaire* du cancer des côlons caractérisée par une géode, une caverne plus ou moins spacieuse communiquant avec la lumière intestinale. L'observation qu'il a rapportée présentait ces caractères anatomiques. Il a pu se rendre compte qu'il ne s'agissait pas d'une métastase ganglionnaire devenue secondairement adhérente à la tumeur primitive comme on pourrait le supposer, mais bien d'une véritable tumeur cavitaire faisant partie intégrante du néoplasme intestinal.

Pourquoi donc ces formes n'intéressent-elles pas la circonférence intestinale ou ne modifient-elles pas la lumière comme dans les formes classiques et à quel élément peuvent-elles correspondre ?

Dans ces dernières années, les progrès de l'anatomie pathologique ont contribué à mettre en évidence des formations diverticulaires pouvant être rencontrées dans tous les organes creux de l'abdomen. Nous n'avons pas à rechercher ici leur signification morphologique, leur existence suffit à expliquer, nous semble-t-il, la pathogénie de lésions demeurées obscures pendant longtemps. En particulier, elle nous paraît éclairer d'un jour nouveau ces formes de néoplasmes à point de départ intestinal dont l'évolution anatomique se fait entièrement en dehors de l'intestin. Ces diverticules sont signalés surtout au niveau du côlon pelvien, quelques cas ont été retrouvés dans le côlon transverse, et il nous paraît logique de déduire qu'on peut les rencontrer dans toute l'étendue du gros intestin. Replis de la muqueuse normale, ces formations diverticulaires sont exposées comme elle à la dégénérescence néoplasique, comme elles peuvent être le siège d'états inflammatoires aigus et surtout chroniques. Cette hypothèse d'un cancer diverticulaire nous paraît satisfaire l'esprit dans ces cas un

peu troublants du type de ceux que nous rapportons. Elle explique que la tumeur ait pu prendre des proportions considérables en dehors de l'intestin qui est son point de départ et justifie l'absence de symptômes intestinaux (sténose, hémorragies) jusqu'aux phases ultimes.

ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC DISCUSSION DE LEUR VALEUR

Les deux faits cliniques que nous étudions se caractérisent par leur symptomatologie fruste, l'absence complète de signes de localisation et la présence de quelques signes d'emprunt, dus à l'envahissement des organes voisins. Dans ces conditions, sur quoi peut-on en clinique étayer le diagnostic ? Nous allons étudier les éléments que nous fournissait l'examen, en apprécier leur valeur et envisager les affections qu'ils auraient pu simuler.

Les antécédents de nos deux malades ne nous ont rien appris. Ils avaient présenté une santé parfaite jusqu'à l'affection actuelle.

L'étude de l'évolution de la maladie nous permet de relever dans notre premier cas des phénomènes douloureux occupant la fosse iliaque droite et les régions inguinales, un œdème progressif du membre inférieur correspondant. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une trombo-phlébite iliaque. Peu après, apparition d'une collection purulente évoluant vers la peau et qui, évacuée, met en évidence au-dessous d'elle une volumineuse tumeur. En-

fin les lèvres de l'incision de l'abcès sont envahies par des bourgeons néoplasiques.

Dans notre seconde observation, le début de l'affection est marqué par des douleurs occupant la région hypogastrique, bientôt apparaissent des troubles vésicaux typiques suivis de l'apparition d'une tumeur à l'hypogastre; ce sont les trois signes qui caractérisent l'évolution de cette affection.

L'atteinte de l'état général est à noter dans les deux cas. L'amaigrissement est réel, rapide même (15 et 7 kilos perdus en peu de temps). Mais ces malades ne sont pas des cachectiques, ni des anémiques.

Par opposition à ces signes positifs, un ensemble de signes négatifs contribue à égarer fortement le diagnostic. Nous n'avons pas retrouvé de troubles gastriques, ni de troubles intestinaux, pas d'anorexie ni de douleurs liées à l'alimentation, pas de diarrhée, pas d'obstruction ni d'occlusion intestinale; absence d'hémorragie intestinale et de phénomènes de réaction; colique souvent rencontrée.

L'examen nous révèle : chez l'un, la présence d'une énorme tumeur abcédée et fistulisée occupant la fosse iliaque droite, le flanc droit, la région ombilicale et hypogastrique et s'engageant dans le petit bassin; chez l'autre, une tumeur hypogastrique et ombilicale fixée fortement, qu'un examen cystoscopique permet de ne point attribuer à la vessie, et qui autorise à interpréter les phénomènes de cystite comme des phénomènes traduisant une adhérence vésicale secondaire.

Ce tableau clinique s'éloigne considérablement du tableau classique des néoplasmes intestinaux avec une première période de douleurs, troubles gastriques et intestinaux; une deuxième période de tumeur et ca-

chexie ; une phase ultime caractérisée par les complications.

Dans nos deux observations, en dernière analyse, la présence d'une tumeur abdominale et l'atteinte de l'état général étaient les deux éléments importants que nous pouvons retenir. Le diagnostic fut basé dans les deux cas sur ces deux constatations et vérifié par une biopsie et par une laparotomie exploratrice. En dehors de ces deux éléments pouvait-on affirmer la localisation intestinale ? Evidemment non. Certains auteurs insistent beaucoup sur l'association de la déchéance de l'état général et de la présence d'une tumeur. L'amaigrissement et l'anémie sans cause apparente, disent-ils, doivent faire penser à un cancer du tube digestif, l'apparition d'une tumeur abdominale doit confirmer le diagnostic.

Un autre élément important existait à notre avis dans la première observation : c'est l'apparition d'une phlébite du membre inférieur. Il est classique de considérer ces phlébites sans cause apparente comme symptomatiques d'une néoplasie de l'appareil digestif. Elle est signalée dans tous les classiques, mais apparaît plus souvent comme une complication de l'affection avérée que comme un des premiers signes.

Certainement la clinique la plus élémentaire nous apprend à soupçonner la néoplasie digestive chez les malades qui présentent cette fruste symptomatologie, et nous avons bien souvent entendu notre maître M. le professeur Forgue, dans ses cliniques, recommander expressément de ne point négliger l'exploration rectale en pareil cas.

Néanmoins, en pratique, le diagnostic de ces cancers latents doit passer par deux phases :

1° Affirmer l'existence d'une tumeur maligne abdominale ;

2° Déterminer sa localisation.

Le premier élément du diagnostic a été acquis d'emblée, il s'est basé sur la constatation de la masse tumorale, sa forme infiltrée, les adhérences contractées et l'atteinte de l'état général.

Quant à la détermination de la localisation intestinale, elle ne pouvait, en dehors de la biopsie ou de la laparotomie exploratrice, qu'être soupçonnée ; aucun signe clinique ne pouvait nous autoriser à incriminer l'intestin, et, dans notre second cas même, c'est la vessie qui paraissait en cause.

Il est, au contraire, logique d'éliminer le tube digestif dans les origines possibles d'une tumeur qui a atteint un tel volume en raison de la modification précoce que semble devoir présenter la lumière intestinale au milieu des tissus néoformés si abondants. Il n'en est rien, les deux observations que nous rapportons montrent que l'intégrité de la fonction intestinale (selles régulières et normales, pas d'hémorragie) est compatible avec de volumineux cancers du côlon.

Mais ce sont des cas certainement qui demandent des moyens d'investigation plus précis et pour lesquels une biopsie ou une laparotomie exploratrice sont entièrement autorisées.

En somme, chez nos deux malades la tumeur abdominale était évidente, la nature maligne était probable en raison de l'atteinte de l'état général, la localisation restait incertaine.

DISCUSSION DU DIAGNOSTIC. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic des deux cancers du côlon que nous étudions ne pouvait être fortement soupçonné qu'après avoir éliminé toutes les affections qui peuvent présenter un tableau clinique semblable, et elles sont nombreuses.

En tenant compte des éléments de diagnostic que nous avons étudiés dans le précédent chapitre, on devait dans le cas présent penser à toutes les affections qui se présentent sous la forme de tumeur de la fosse iliaque ou de tumeur de la région hypogastrique.

Il fut facile d'éliminer les tumeurs nées aux dépens de la paroi abdominale ; la peau était mobile sur les deux masses tumorales et par la contraction des muscles abdominaux et des grands droits en particulier on pouvait se rendre compte qu'elles occupaient des plans sous-jacents.

Un second point devait être élucidé : c'est la possibilité de tumeur née aux dépens de la fosse iliaque elle-même, et c'est surtout de l'ostéosarcome que nous voulons parler. L'évolution rapide, le volume considérable, la consistance très dure de la tumeur pouvait justifier

cette opinion. Mais un ostéosarcome de l'ilion arrivé à ce stade se serait manifesté par l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque externe sous les fessiers. Cette région était absolument libre dans notre premier cas. On devait donc penser à une néoplasie née aux dépens des organes contenus dans la fosse iliaque ou d'un organe ptosé de la cavité abdominale.

La consistance de la masse a permis d'éliminer les tumeurs liquides (abcès froid ossifluent, kyste hydatique), et l'absence de battements les tumeurs anévrismales.

Les tumeurs ganglionnaires ont été discutées dans les deux cas. Une affection primitive des ganglions semblait peu probable et on pensa un instant à une adénopathie secondaire chez notre second malade où nous avons signalé la présence d'une légère hydrocèle et d'une tuméfaction dure épидидymaire. L'intégrité du testicule et le volume très réduit du noyau épидидymaire ont suffi à faire écarter ce diagnostic.

De tous les organes de la fosse iliaque droite, le cæcum et l'appendice sont le plus souvent le siège de tumeurs inflammatoires et néoplasiques, et c'est évidemment ce diagnostic qu'il fallait discuter, au moins dans la première de nos observations. On pensa naturellement et avec raison au cancer du cæcum ou de la portion basse du côlon ascendant, et nous avons exposé toutes les raisons que l'on avait de s'arrêter à ce diagnostic. La biopsie concluante a confirmé cette hypothèse.

Mais le segment iléo-cæcal est le siège de prédilection pour la tuberculose et on en décrit deux formes surtout: la forme hypertrophique et la forme entéropéritonéale. La présence d'une fistule non tarie semblait en faveur de ce diagnostic. Mais les antécédents du sujet,

l'absence de crises douloureuses, le volume considérable de la tumeur, l'absence d'autres localisations tuberculeuses de l'organisme, l'âge du sujet ont permis d'écarter ce diagnostic.

L'appendice enfin pouvait être soupçonné dans notre premier cas. Mais on ne pouvait penser à une appendicite inflammatoire ou à une tuberculose de l'appendice en présence d'une tumeur aussi volumineuse, n'ayant jamais été le siège d'accidents aigus qui rappellent la crise d'appendicite. N'existe-t-il pas cependant des formes subaiguës d'appendicite et les localisations rétropéritonéales, d'origine appendiculaire, ne peuvent-elles être une cause d'erreur? La tumeur dure et empâtée profondément, l'absence de réaction péritonéale pouvaient faire penser à une de ces formes anormales. Il est vrai que souvent ces empâtements profonds tendent à fuser vers la région lombaire; et celle-ci était libre dans notre cas.

Le rein fut mis hors de cause dans nos deux cas; car il n'aurait pu être question que d'un gros rein fortement ptosé dans la fosse iliaque, et cette hypothèse était invraisemblable.

Le foie et ses annexes devaient être considérés, mais n'ont pas arrêté longtemps l'attention. C'est surtout la vésicule biliaire qui devait être incriminée et l'intégrité de la région hépatique et de la région des voies biliaires, l'absence d'ictère ont permis de la mettre hors de cause.

Un instant la vessie fut soupçonnée, surtout dans notre seconde observation caractérisée par des troubles vésicaux. L'examen cystoscopique a permis d'éliminer cet organe et les reins.

Mais il est une affection avec laquelle la confusion était possible : nous voulons parler des sigmoïdites suppurées ou chroniques qui peuvent donner lieu à une

masse tumorale semblable à celle de notre seconde observation ou à des abcès venant s'ouvrir dans des régions éloignées comme dans la région caecale. Chez notre premier sujet la tumeur occupait franchement la fosse iliaque et le flanc droits et on pouvait éliminer cette hypothèse. Chez le second, l'absence complète de troubles intestinaux permettait de la rejeter; car si les affections du côlon ascendant, transverse ou descendant peuvent évoluer avec une latence absolue, les affections sigmoïdiennes se manifestent très vite par des troubles de sténose, de la douleur ou du méléna, et on observe rarement chez elles l'absence de phénomènes intestinaux comme celle que nous avons constatée chez nos deux malades.

Donc, en procédant par élimination, c'est bien le cancer de l'intestin et des côlons en particulier qu'il fallait soupçonner dans les observations que nous rapportons.

Après élimination des diverses affections que nous venons d'énumérer on s'arrêta à ce diagnostic et on en trouva secondairement la confirmation dans la biopsie ou la laparotomie exploratrice. C'est évidemment la conduite à tenir en pareil cas. Quoi qu'il en soit, ces diagnostics offrent une très grande difficulté. Comment en serait-il autrement quand on sait combien parfois après laparotomie le point de départ de ces néoplasies est difficile à trouver?

CONCLUSIONS

I. — Les cancers des côlons peuvent atteindre un volume considérable avec conservation intégrale de la fonction intestinale et absence de troubles intestinaux (hémorragie).

II. — Dans certains cas très rares la tumeur est le seul symptôme et l'état général peut être relativement conservé.

III. — Il est possible que ces cas correspondent à des cancers diverticulaires développés aux dépens de la muqueuse d'un diverticule intestinal.

IV. — En présence d'une symptomatologie aussi fruste et des signes d'emprunt parfois trompeurs, le diagnostic offre de très grandes difficultés. Il doit procéder par élimination des néoplasmes des organes siégeant dans la région de la tumeur et des organes de voisinage en position anormale.

V. — La biopsie et la laparotomie exploratrice sont les deux seuls moyens capables d'affirmer le diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND et POLLOSSON. — Cancer du cæcum (Société des sciences médicales de Lyon, 17 mai 1911).
- BOVIS (De). — Le cancer du gros intestin (Revue de chirurgie, 1900).
- CASTAIGNE. — Cancer de l'angle gauche du côlon (La Clinique, t. VII, n° 21, 24 mai 1912).
- CRAENNE (De). — Cancer ulcéré du côlon (Société d'anatomie pathologique de Bruxelles, 21 mars 1912).
- DUVAL. — Symptômes et diagnostic du cancer du gros intestin (rectum excepté) (Gaz. des hôpitaux de Paris, t. LXXXVI, n° 127, 8 novembre 1913 ; n° 130, 15 novembre 1913).
- GUILLAUME (Louis). — Cancer du gros intestin (Archives médico-chirurgicales de province, t. VII, n° 24, avril 1912).
- HUTIN. — A propos de quelques cas de cancer du gros intestin (Société belge de chirurgie, 31 mai 1913).
- JOUFFRAY. — Formes cliniques du cancer du gros intestin (Thèse Lyon, 1907, n° 148).
- LENORMANT. — Cancer cavitaire de l'angle colique droit (Société anatomique de Paris, 25 février 1910).
- LETOUX et MALHERBE. — Tumeur du côlon transverse (Société d'anatomie pathologique de Nantes, 21 mars 1912).
- MATHIEU. — Les phases initiales du cancer du gros intestin (Gaz. des hôpitaux, 29 mai 1913).
- Considérations relatives au diagnostic du cancer du gros intestin et de sa localisation (Journal de médecine de Paris, t. XXXII, n° 44, 2 novembre 1912).

MATHIEU. — Les formes de début du cancer du côlon (Journal des Praticiens, t. XXVII, n° 41, 11 octobre 1913).

— Cancer intestinal (Journal des Praticiens, t. XXIV, n° 36, 3 septembre 1910).

PEUTOT. — Contribution à l'étude du cancer de l'angle sous-hépatique du côlon (Thèse Lyon, 1904, n° 43).

QUÉNU. — Diagnostic des cancers du gros intestin (Bulletin médical Paris, t. XXVIII, n° 24, 25 mars 1914).

TESSON. — Cancer du cæcum (Société de médecine d'Angers, 8 novembre 1911).

VIALLET. — De l'étude des phlegmons symptomatiques du cancer du gros intestin (Thèse Lyon, 1907, n° 95).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 décembre 1920.

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 16 décembre 1920.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — L'Abeille, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

